

CONTRACTING OUT PELAYANAN KESEHATAN: SEBUAH ALTERNATIF SOLUSI KETERBATASAN KAPASITAS SEKTOR PUBLIK

CONTRACTING OUT FOR HEALTH SERVICE;
AN ALTERNATIVE SOLUTION
TO THE CAPACITY CONSTRAINT OF PUBLIC SECTOR

Bhisma Murti

Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran,
Universitas Sebelas Maret,
Surakarta, Jawa Tengah

ABSTRACT

Contracting out is the practice of public sector or private firms of employing and financing an outside agent to perform some specific task rather than managing it themselves. The rationale for contracting is that public providers lack the incentive to use resources efficiently, and that private (or autonomous) providers are more efficient than public providers. Contracting out clearly separates the roles of purchaser and provider, and tightly links payment to performance of the provider. According to classical economic theory, contracting stimulates competition among providers in managed markets, induces cost awareness among providers and purchasers, and enhances transparency in negotiations. Providers are forced to minimize production cost and adjust the prices to meet the demand and requirements of purchasers. All these factors contribute to efficiency. In addition, contracting would promote decentralization managerial responsibility, a shift that would translate in efficiency gains in contrast to the old highly-centralized, bureaucratic structure, considered insensitive of the cost implications of allocative decisions. As is the case with any model, contracting out approach is not a panacea to all health problems. But in light of the limited absorptive capacity of the public sector, it is an alternative strategy worth considering for increasing the coverage and the quality of services in developing countries such as Indonesia. Monitoring and evaluation is an indispensable instrument for contracting out to exhibit its relative advantages.

Keywords: contracting, health services, public, private, managed market

ABSTRAK

Contracting out merupakan praktik yang dilakukan pemerintah atau perusahaan swasta untuk mempekerjakan dan membiayai agen dari luar untuk menyediakan pelayanan tertentu daripada mengelolanya sendiri. Alasan mengontrakkan adalah bahwa penyedia pelayanan publik kurang memiliki motivasi untuk menggunakan sumber daya dengan efisien, dan bahwa penyedia swasta (atau mandiri) lebih efisien daripada penyedia publik. *Contracting* memisahkan dengan jelas peran sebagai pembayar atau pembeli dan peran sebagai penyedia pelayanan, serta mengaitkan pembayaran dengan kinerja penyedia pelayanan. Menurut teori ekonomi klasik, *contracting* merangsang kompetisi di antara penyedia pelayanan dalam pasar terkelola, mendorong kesadaran biaya di antara penyedia maupun pembeli pelayanan, dan memperbaiki transparansi dalam negosiasi. Penyedia pelayanan dipaksa untuk meminimalkan biaya produksi, serta menyesuaikan harga-harga untuk memenuhi permintaan dan

keperluan pembeli pelayanan. Semua ini memberikan sumbangan ke arah efisiensi. Selain itu, *contracting* meningkatkan tanggung jawab manajerial desentralisasi, suatu pergeseran yang akan menghasilkan efisiensi dibandingkan dengan struktur birokratik lama yang sangat sentralistik, yang tidak peka terhadap implikasi biaya dari setiap keputusan alokasi. Sebagaimana model penyediaan pelayanan kesehatan apapun, pendekatan kontrak bukan merupakan *panacea* (=obat mujarab bagi segala penyakit) untuk semua masalah kesehatan. Tetapi sehubungan dengan keterbatasan kapasitas absorpsi di sektor pemerintah, *contracting out* merupakan sebuah alternatif strategi yang pantas dipertimbangkan untuk meningkatkan cakupan dan kualitas pelayanan di negara-negara berkembang seperti Indonesia. Monitoring dan evaluasi merupakan instrumen penting untuk menunjukkan keunggulan relatif *contracting out*.

Kata kunci: *contracting*, pelayanan kesehatan, pemerintah, swasta, *managed competition*

PENGANTAR

Sejak dekade 1980-an terdapat dorongan kebijakan internasional yang kuat untuk memperkenalkan mekanisme pasar dalam pelayanan kesehatan di negara-negara berkembang dan mengurangi peran negara. Alasan yang melatari dorongan itu adalah tidak memadainya sumber-sumber daya pemerintah untuk menyediakan pelayanan kesehatan universal. Selain itu, struktur tipikal di sektor pemerintah atau publik di negara-negara berkembang tidak selalu kondusif untuk memperluas akses, meningkatkan kualitas pelayanan, maupun memastikan efisiensi penggunaan dana.¹ Upaya untuk memperbaiki kualitas pelayanan publik umumnya gagal karena terbentur oleh keterbatasan kapasitas pemerintah, campur tangan politik, sumber daya yang tidak memadai, kekakuan pemanfaatan tenaga kerja.^{1,2,3,4} Sebagai contoh, sebagian besar fasilitas kesehatan di Kamboja menunjukkan kinerja yang buruk karena kekurangan dana, manajemen tidak adekuat, penggunaan sumber daya tidak efisien, dan motivasi yang buruk di kalangan pegawai negeri.⁵ Di sisi lain,

sektor swasta berkembang dengan pesat dalam penyediaan pelayanan kesehatan. Timbul minat untuk memobilisasi sumber-sumber daya sektor swasta dalam rangka memperluas dan meningkatkan skala pelayanan kesehatan (misalnya, *Global Fund*, PEPFAR, MDGs).³

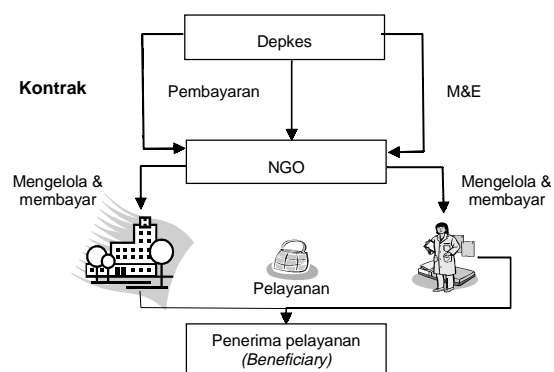
Dengan konteks keterbatasan kapasitas pemerintah di satu pihak dalam memperluas akses pelayanan kesehatan dan pesatnya perkembangan sektor swasta di lain pihak, salah satu isu kebijakan reformasi kesehatan yang hangat dibicarakan akhir-akhir ini adalah model penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang disebut *contracting out*. Dengan *contracting out*, pihak pemerintah tidak menyediakan sendiri pelayanan kesehatan, melainkan melakukan kontrak dengan agen luar yang disebut kontraktor untuk menyediakan barang atau pelayanan kesehatan kepada penerima pelayanan (*beneficiary*).⁶ Dengan *contracting out*, pemerintah dapat memobilisasi sumber daya sektor swasta untuk kepentingan tercapainya tujuan-tujuan kesehatan nasional. Secara teoretis *contracting out* memberikan sejumlah keuntungan, dengan cara mengaitkan pembiayaan pemerintah dan kinerja penyedia pelayanan dalam memberikan pelayanan.⁷ Mengontrakkan pelayanan sektor publik merupakan praktik lumrah di negara-negara maju. Pertanyaannya, dapatkah model *contracting out* diterapkan di negara berkembang seperti Indonesia untuk menyediakan pelayanan kesehatan? Jika ya jawabannya, untuk kondisi permasalahan dan jenis pelayanan bagaimana *contracting out* tepat untuk diterapkan?

Makalah ini menyajikan definisi *contracting*, mengupas alasan rasional melakukan *contracting*, menyajikan jenis pelayanan, serta kemampuannya untuk dikontrakkan, menguraikan sejumlah kasus pengalaman implementasi *contracting* di negara-negara lain, dan mengulas sejumlah isu berkaitan dengan *contracting* pelayanan kesehatan.

DEFINISI

Harding dan Preker⁸ mendefinisikan *contracting* "a purchasing mechanism used to acquire a specified service, of a defined quantity, quality, at an agreed-on price, from a specific provider, for a specified period". Artinya, *contracting* adalah suatu mekanisme pembelian yang digunakan untuk mendapatkan pelayanan tertentu, dengan kuantitas dan kualitas tertentu, dan harga yang disepakati, dari suatu penyedia pelayanan tertentu, selama suatu periode waktu tertentu. Berbeda dengan transaksi sesaat antara pembeli dan penjual, istilah "contracting" mengandung arti sebuah hubungan

terus - menerus selama suatu periode, didukung dengan kesepakatan kontrak. Kontrak formal (*formal contracting*) menyebutkan dengan eksplisit jenis, kuantitas, dan periode waktu pemberian pelayanan oleh sebuah penyedia pelayanan swasta atas nama pemerintah, disertai aturan pembayaran, dalam format yang mengikat secara hukum.⁶ Tetapi menurut Palmer sebagaimana dikutip Waters, *et al.*⁶ ada juga kontrak "informal" (*informal contracting*) yang berisikan perjanjian implisit antara pemerintah dan agen sektor swasta, biasanya berdasarkan kepercayaan (*trust*) dan hubungan jangka panjang. Gambar 1 menyajikan pola umum *contracting* pelayanan.

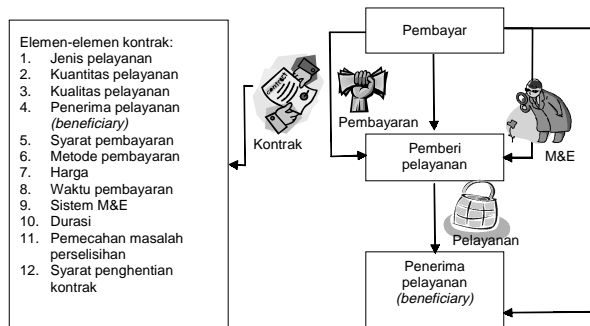


Gambar 1. Contracting Pelayanan

Berdasarkan jenis pelayanan kesehatan yang dikontrakkan, *contracting* dapat dibedakan menjadi (Rosen seperti dikutip Waters *et al.*,⁶: (1) pelayanan kesehatan; (2) pelayanan penunjang (*ancillary services*); dan (3) manajemen. Mills² membagi dua jenis pelayanan yang dikontrakkan: (1) pelayanan klinis; (2) pelayanan nonklinis. Berdasarkan desain perjanjian kontrak itu sendiri, *contracting* dibedakan menjadi^{1,9}: (1) *contracting out*; (2) *contracting in*; (3) *franchising*; (4) *leasing*.

Pavignani dan Colombo¹⁰ memberikan batasan *contracting out* "the practice of public sector or private firms of employing and financing an outside agent to perform some specific task rather than managing it themselves". Artinya, *contracting out* adalah praktik yang dilakukan oleh sektor pemerintah atau perusahaan swasta untuk mempekerjakan dan membiayai agen dari luar untuk melakukan sejumlah tugas-tugas tertentu daripada mengelolanya sendiri. Liu, *et al.*³ mendefinisikan *contracting out* "the implementation of an agreement between the government (purchaser) and providers in which providers are paid for the provision of defined services to specified target populations for defined results".

Artinya, *contracting out* adalah implementasi dari suatu perjanjian antara pemerintah (pembeli) dan penyedia pelayanan yaitu penyedia pelayanan dibayar untuk memberikan pelayanan tertentu kepada populasi sasaran tertentu dengan hasil-hasil tertentu. Sebagai contoh, pemerintah mengontrakkan fungsi-fungsi dinas kesehatan seperti pelayanan preventif dasar, atau kampanye pendidikan kesehatan, kepada organisasi swasta, yang beroperasi di luar fasilitas pemerintah atau publik. Gambar 2 menyajikan desain dan mekanisme kerja *contracting*.



Gambar 2. Desain dan Mekanisme Kerja *Contracting Out*

Perhatikan, karakteristik kunci dalam *contracting* adalah adanya pernyataan eksplisit tentang elemen-elemen kontrak yang disepakati oleh pihak pemberi kontrak dan kontraktor untuk diwujudkan dalam periode waktu tertentu. Kontraktor memiliki tanggung jawab penuh dalam hal manajemen internal untuk menyediakan pelayanan, baik dalam mengangkat pekerja, memecat pekerja, menentukan upah dan gaji, maupun mengadakan dan mendistribusikan barang dan pelayanan. Karakteristik penting lainnya adalah adanya keterikatan yang jelas antara pembayaran (*payment*) dan kinerja (*performance*) pemberi pelayanan³, yang didukung oleh sistem monitoring dan evaluasi (M&E). Indikator kinerja mencakup akses, efisiensi, kualitas, dan keadilan, yang ditunjukkan oleh kontraktor, tercantum dalam perjanjian kontrak. Dengan demikian, M&E merupakan instrumen yang sangat vital dalam *contracting out*.

Pavignani dan Colombo¹⁰ mendefinisikan *contracting in* "a subdivision of the parent organization (such as a hospital, a number of doctors, etc) sub-contracted for the provision of goods or services". Artinya, *contracting in* adalah melakukan subkontrak kepada sebuah divisi yang berada di bawah struktur organisasi yang bersangkutan (misalnya sebuah rumah sakit, sejumlah dokter, dan sebagainya) untuk

menyediakan barang atau pelayanan. Dengan kata lain, kontraktor dalam *contracting in* adalah bagian atau divisi dari organisasi itu sendiri. Sebagai contoh, sebuah rumah sakit pemerintah mengontrak sebuah organisasi swasta untuk menyediakan prosedur-prosedur rutin (pelayanan laboratorium), atau pelayanan spesialis (radiologi) di dalam rumah sakit, untuk melengkapi pelayanan yang dilakukan oleh rumah sakit sendiri. Tetapi *contracting in* bisa juga berarti memasukkan manajemen swasta dari luar untuk menjalankan pelayanan pemerintah. Sebagai contoh, sebuah rumah sakit menyewa perusahaan swasta untuk menjalankan pekerjaan kebersihan dan penyediaan makanan (*catering*) di dalam fasilitas rumah sakit tersebut.

Franchising adalah suatu bentuk *contracting* yaitu pemerintah memberikan hak kepada kontraktor (hak tersebut bisa eksklusif atau noneksklusif), untuk memberikan pelayanan-pelayanan tertentu yang akan dibayar oleh pasien dari suatu populasi.⁹ *Leasing* adalah bentuk *contracting* yaitu pemerintah mengadakan fasilitas atau peralatan dari sumber luar berdasarkan persetujuan sewa, bukan memiliki fasilitas atau peralatan itu.¹

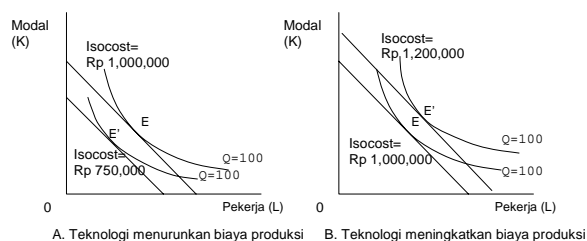
MENGAPA CONTRACTING OUT?

Terdapat sejumlah alasan teoretis untuk melakukan *contracting out*. Pertama, *contracting out* memisahkan dengan jelas peran sebagai pembayar atau pembeli dan peran sebagai penyedia pelayanan, serta mengaitkan pembayaran dengan kinerja penyedia pelayanan. Di banyak negara berkembang, yang selama ini kerap terjadi adalah sebagian besar fasilitas-fasilitas kesehatan khususnya rumah sakit pemerintah, dibiayai melalui alokasi anggaran (disebut *global budget*) yang tidak secara langsung berhubungan dengan jumlah maupun kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan. Meskipun fasilitas-fasilitas itu diawasi departemen kesehatan, tetapi biasanya bersifat sangat umum, normatif, dan tidak efektif. Hukuman terhadap kinerja buruk merupakan kejadian langka.¹¹ Akibatnya, staf di sektor pemerintah tidak berkepentingan untuk menunjukkan kinerja yang baik. Model *contracting out* membedakan dengan jelas peran pihak pembayar dan penyedia pelayanan, sehingga tanggung jawab dan akuntabilitas manajerial di pihak pemberi pelayanan maupun di pihak pembayar akan meningkat.^{7,10,11} Desentralisasi pengambilan keputusan membuat para penyedia pelayanan kesehatan lebih leluasa untuk membuat keputusan alokasi yang lebih efisien daripada yang dihasilkan

melalui birokrasi yang sangat sentralistik dan kurang peka terhadap implikasi biaya dari keputusan-keputusan alokasi.^{4,10} Keterikatan pembayaran dengan kinerja membuat penyedia pelayanan kesehatan bekerja dengan lebih keras.¹¹ Dengan cara demikian, *contracting out* mendorong terjadinya efisiensi alokatif, yaitu situasi yang *input* ataupun *output* digunakan sebaik mungkin dalam ekonomi sedemikian sehingga tidak mungkin lagi dicapai pertambahan *output* ataupun kesejahteraan yang lebih baik.¹²

Kedua, *contracting out* memaparkan para penyedia pelayanan kepada pasar kompetitif. Struktur pasar memberikan pengaruh besar terhadap perilaku penyedia pelayanan. Menurut teori ekonomi klasik, kompetisi menimbulkan tekanan kepada pemberi pelayanan pemerintah maupun swasta untuk meningkatkan kinerja, baik dalam pelayanan maupun harga.^{8,10,13} Kompetisi memaksa pemberi pelayanan untuk menyesuaikan harga (disebut *price taking*, bukannya *price setting* seperti dalam situasi monopoli), sesuai dengan permintaan dan kebutuhan pembeli pelayanan. Hubungan kontraktual dalam *contracting out* mendorong para manajer penyedia maupun pembeli pelayanan untuk sadar terhadap biaya tinggi. Tanpa menurunkan kualitas yang sudah disepakati dalam perjanjian kontrak, para manajer akan berusaha meminimalkan biaya produksi. Dalam pasar kompetitif sempurna, *bidding* kompetitif akan menghasilkan tingkat harga yang secara sosial optimum, artinya optimum dari perspektif masyarakat keseluruhan. Contoh, penelitian Keeler *et al.*, seperti dikutip Waters dan Hussey¹⁴ menunjukkan, harga pelayanan medik rumah sakit lebih murah di California, sebab tingkat konsentrasi rumah sakit di California lebih rendah daripada negara bagian lainnya.

Salah satu cara penyedia pelayanan meminimalkan biaya produksi adalah mengadopsi teknologi inovatif. Gambar 3 menyajikan perubahan biaya produksi sebagai implikasi penerapan teknologi inovatif, dengan asumsi tidak ada perubahan kualitas pelayanan.^{12,15} Gambar 3A menunjukkan keadaan yang adopsi teknologi menurunkan biaya produksi, sehingga barang atau pelayanan yang dihasilkan menjadi lebih murah. Sebaliknya, Gambar 3B menunjukkan keadaan yang adopsi teknologi membuat produk menjadi lebih mahal tanpa meningkatkan kualitas.



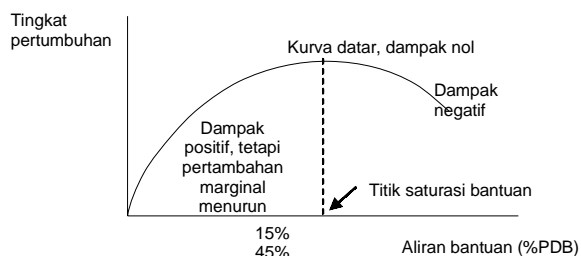
Gambar 3. Perubahan Teknologi Mengakibatkan Penurunan (A) atau Peningkatan (B) Biaya Produksi

Manajer penyedia pelayanan tentu memilih teknologi yang menurunkan, bukannya meningkatkan ongkos produksi, untuk menghasilkan tingkat *output* yang sama. Dengan demikian, *contracting out* mendorong terjadinya efisiensi teknis, yaitu keadaan yang kuantitas *output* tertentu diproduksi dengan kombinasi biaya terendah.¹⁶ Implikasi dari efisiensi teknis di tingkat mikro, *contracting out* dalam lingkungan pasar kompetitif membawa kepada alokasi sumber daya yang lebih efisien daripada yang dapat diharapkan dari ekonomi terpimpin (*command economy*) ataupun solusi nonpasar di tingkat makro.¹³ Di sisi lain, *contracting* juga menumbuhkan pasar dan merangsang kompetisi.³

Ketiga, *contracting out* mendorong perencanaan yang lebih baik, di pihak pembayar/ pembeli pelayanan maupun kontraktor penyedia pelayanan. Sebab dengan *contracting*, kuantitas pelayanan, kualitas pelayanan, daya tanggap (*responsiveness*), populasi sasaran pelayanan, kebutuhan kesehatan, dan berbagai isu lainnya, perlu diidentifikasi dengan jelas. Baik pemberi kontrak maupun kontraktor memfokuskan kepada pencapaian hasil-hasil yang terukur dengan objektif. Implikasinya, pemberi kontrak maupun kontraktor terdorong untuk membuat perencanaan dengan lebih baik.

Keempat, *contracting out* mengurangi kerepotan pemerintah dalam pemberian pelayanan, sehingga pemerintah dapat lebih memfokuskan kepada peran penting *stewardship*, seperti perencanaan, penetapan standar mutu, regulasi, dan pembiayaan.⁴ Pemerintah dapat memanfaatkan *contracting out* untuk penyediaan pelayanan kelompok masyarakat rawan di daerah-daerah yang kurang atau tidak mendapatkan pelayanan (*unserved* atau *underserved*). Dengan demikian memperbaiki keadilan akses pelayanan.^{2,17} Kelima, *contracting* membantu pemerintah mengatasi keterbatasan

"*absorptive capacity*"^{3,18} Victora *et al.*¹⁹ mendefinisikan kapasitas absorpsi, "*the degree to which additional funds can be effectively spent*". Artinya, kapasitas absorpsi adalah derajat kemampuan membelanjakan tambahan dana dengan efektif. Asumsi yang digunakan lembaga donor, aliran bantuan luar negeri memberikan dampak positif terhadap laju pertumbuhan negara resipien. Demikian pula Tujuan-Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs) mengasumsikan, tujuan-tujuan pembangunan kesehatan dapat dicapai dengan lebih cepat jika skala intervensi kesehatan ditingkatkan (*scaling-up*).²⁰ Tetapi benarkah demikian? Temuan kontroversial akhir-akhir ini menunjukkan, efektivitas bantuan luar negeri terhadap pertumbuhan tergantung kualitas institusi dan kebijakan negara penerima donor.²¹ Sebagaimana disajikan Gambar 4, sampai pada titik saturasi tertentu, "*aid saturation point*", yaitu sekitar 15% - 45% dari PDB, manfaat marginal dari pertambahan aliran bantuan akan menjadi negatif!²⁰ Menurut de Renzio²⁰, makin besar dan cepat peningkatan aliran bantuan, makin cepat pula terjadi dampak marginal yang makin menurun (*diminishing return*), dan makin cepat terjadi saturasi (kejenuhan), sebab "hujan bantuan" akan membuat sistem berada di bawah tekanan alias "kewalahan" atau "kedodoran".



Gambar 4. Kapasitas Absorpsi Aliran Bantuan Oleh Sektor Publik

De Renzio²⁰ menyebut sejumlah kemungkinan faktor penyebab keterbatasan kapasitas absorpsi: (1) hambatan makroekonomi (misalnya, "*Dutch Disease Effect*"); (2) hambatan institusional dan kebijakan;

(3) Hambatan teknis dan manajerial; (4) Hambatan yang ditimbulkan oleh perilaku donor. Contoh hambatan teknis dan manajerial, Oliviera-Cruz *et al.*²² mengatakan, kapasitas absorpsi berhubungan erat dengan beberapa isu institusional dan administratif, seperti ber"tele-tele"-nya (*over-cumbersome*) aturan, regulasi, dan prosedur, rendahnya kemampuan dan motivasi staf, larangan rekrutmen (kekakuan penggunaan tenaga kerja), kontrak yang tidak memungkinkan pemecatan staf, dan rendahnya komitmen manajer. Pertanyaannya, apakah karena efektivitas penggunaan dana menjadi negatif setelah titik saturasi, lalu aliran sumber daya perlu dikurangi atau distop? Vademoortele dan Roy²³ tidak berpendapat demikian. Penyerapan dana yang tidak memadai memang mengakibatkan inefisiensi. Tetapi, kapasitas absorpsi, seperti disebutkan di muka, dipengaruhi oleh banyak faktor dan tidak bersifat tetap, bisa berubah dalam jangka pendek. Reformasi struktural dan peningkatan kapasitas institusi yang dibutuhkan untuk memperbaiki manajemen dan melawan korupsi, yang diperlukan untuk memperbaiki kapasitas absorpsi, semuanya membutuhkan uang ekstra. Ketidakmemadaan penyerapan dan inefisiensi bukan merupakan keadaan yang berdiri sendiri, melainkan sangat saling tergantung. Artinya, hambatan kapasitas absorpsi terjadi juga karena kurangnya dana. Jadi, tambahan sumber daya merupakan prasyarat untuk mengurangi keterbatasan kapasitas absorpsi, bukan sebaliknya, kapasitas absorpsi dapat ditingkatkan dengan mengurangi sumber daya.²³

JENIS PELAYANAN DAN TINGKAT KEMAMPUANNYA UNTUK DIKONTRAKKAN

Menjawab pertanyaan di awal artikel ini tentang apakah model *contracting out* diterapkan di negara berkembang seperti Indonesia untuk menyediakan pelayanan kesehatan, dan jika ya, untuk kondisi permasalahan dan jenis pelayanan bagaimana *contracting out* tepat untuk diterapkan. Berikut disajikan Tabel 1 tentang jenis pelayanan dan kemampuannya untuk dikontrakkan.^{2,3}

Tabel 1. Jenis Pelayanan dan Kemampuannya untuk Dikontrakkan

| Karakteristik pelayanan | Lebih mudah dikontrakkan | Lebih sulit dikontrakkan |
|---|---|--|
| Pelayanan tunggal <i>versus</i> pelayanan majemuk | Pelayanan tunggal (misalnya, imunisasi dengan antigen tunggal, program DOTS untuk tuberkulosis) | Pelayanan majemuk yang melibatkan berbagai penyakit (misalnya, MTBS, manajemen terpadu balita sakit) |
| Tingkat kebutuhan | Pelayanan yang kuantitas kebutuhannya dapat didefinisikan dengan jelas (misalnya, ANC) | Pelayanan yang kuantitas kebutuhannya tidak dapat didefinisikan dengan jelas (misalnya, kunjungan rawat jalan) |
| Korelasi pelayanan dengan hasil | Pelayanan yang berhubungan erat dengan hasil | Pelayanan yang penyediaan maupun hasilnya sulit diukur |
| Ketersediaan petunjuk teknis | Pelayanan yang memiliki protokol yang jelas dan standar | Pelayanan tanpa protokol yang jelas dan standar |
| Kompleksitas teknis | Pelayanan yang secara teknis sederhana (misalnya, pelayanan nonklinis) | Pelayanan yang secara teknis kompleks (misalnya, pelayanan klinis) |

PENGALAMAN CONTRACTING DI NEGARA LAIN

Mengontrakkan pelayanan kesehatan merupakan hal lumrah di negara-negara maju, misalnya AS, Finlandia, Kanada, Belanda, dan Inggris. Sebagai contoh, sejak 1948 *National Health Service* (NHS) di Inggris telah melakukan negosiasi, merumuskan dan membuat perjanjian kontrak dengan *General Practitioners* (GP) sebagai kontraktor independen, untuk memberikan pelayanan kesehatan primer.²⁴ Demikian pula pendekatan kontrak pelayanan kesehatan merupakan model yang lumrah dilakukan dalam sistem *managed care* di AS.

Dalam 15 tahun terakhir, *contracting* pelayanan kesehatan mulai dilakukan di sejumlah negara berpendapatan menengah maupun rendah. Sebagai contoh, Senegal dan Madagascar mengontrak NGO untuk memberikan program pelayanan gizi komunitas dalam skala besar di daerah sangat miskin perkotaan maupun pedesaan yang tidak mendapatkan pelayanan kesehatan pemerintah maupun swasta.^{6,25} Kedua proyek bertujuan memperbaiki keadilan akses pelayanan, dengan fokus pemberian pelayanan untuk populasi rawan, seperti anak-anak, wanita hamil, dan wanita menyusui.

Di Senegal dan Madagascar, NGO lokal dikontrak melalui tender, dengan kriteria eligibilitas yang jelas. Proses *bidding* mencakup tiga area: (1) Pelaksanaan keseluruhan proyek; (2) Seleksi NGO/GIE yang akan melakukan supervisi; (3) Seleksi

pekerja gizi komunitas (*Community Nutrition Workers*, CNW). Di Senegal, Agetip ditunjuk melalui tender nonkompetitif sebagai pelaksana proyek keseluruhan atas nama pemerintah. Di Madagascar, sebuah unit proyek dibentuk oleh pemerintah dengan nama Secaline sebagai pelaksana proyek keseluruhan. Kontrak yang diberikan kepada NGO dan GIE menyebutkan dengan eksplisit pekerjaan yang harus dilakukan dan kinerja yang diharapkan. Untuk memonitor kualitas pelayanan dibangun sistem informasi manajemen yang sederhana tetapi efektif, dengan indikator monitoring antara lain: (1) persen anak yang ditimbang setiap bulan di antara kohor penerima pelayanan; (2) persen wanita yang menghadiri tes mingguan pendidikan kesehatan dan gizi. Tabel 2 menyajikan, jenis pelayanan yang dikontrakkan tidak hanya pelayanan kesehatan tetapi juga manajemen, supervisi, pelatihan, dan riset. Di Senegal, pelayanan nutrisi dikontrakkan kepada *Groupement d'Interet Economique* (GIE), Tiap-tiap GIE terdiri dari empat kawula muda, biasanya tidak memiliki pekerjaan, tinggal di lingkungan komunitas sasaran. Di Madagascar, pelayanan nutrisi dikontrakkan kepada CNW, biasanya seorang wanita dari desa sasaran, yang dilatih oleh staf proyek (di Madagascar), konsultan lokal atau lembaga pelatihan lokal (di Senegal).

Tabel 2. Jenis Pelayanan yang Dikontrakkan pada Masing-Masing Proyek

| Jenis pelayanan yang dikontrakkan | Senegal | Madagascar |
|-----------------------------------|---|--|
| Pemberian pelayanan | GIE | CNW |
| Pelatihan | Konsultan lokal, lembaga pelatihan lokal | - |
| Supervisi | GIE atau NGO | NGO |
| Riset operasional | Konsultan lokal, lembaga penelitian lokal | Konsultan lokal, lembaga penelitian lokal, universitas |
| Manajemen proyek keseluruhan | Agetip | Secaline (Project's Unit) |

GIE= *Groupement d'Interet Economique*; CNW= *Community Nutrition Worker*; NGO= *Non-Government Organization* (Sumber: Marek *et al.*)²⁵

Menurut Marek *et al.*²⁵ *contracting out* di Senegal dan Madagascar berhasil menurunkan malnutrisi dan memanfaatkan keterlibatan masyarakat. Kedua proyek membuktikan bahwa pelayanan gizi preventif dapat dikontrakkan kepada tenaga kerja nonspesialis. Tulis Marek, *et al.*²⁵ tentang faktor-faktor yang melatari keberhasilan proyek *contracting out* di kedua negara tersebut, "In

many African countries, competition for service providers exists, especially in urban areas where unemployment rates are high, and the unemployed are often highly educated and can put their skills to the service of the community if they are given a chance. In Madagsacar, for example, 40% of medical doctors are unemployed. This untapped pool of human resources, as well as local associations, institutions, and traditional NGOs, can be mobilized and organized if the rules of the game are clear, understood, and transparent". Marek *et al.*,²⁵ menyimpulkan, meskipun pendekatan kontrak bukan merupakan *panacea* (=obat mujarab bagi segala penyakit) untuk memecahkan masalah nutrisi yang dihadapi Afrika, pendekatan tersebut memberikan alternatif yang perlu dipertimbangkan untuk meningkatkan cakupan dan kualitas pelayanan. Bagaimanapun, klaim keberhasilan proyek di Senegal dan Madagascar tersebut harus ditanggapi dengan kritis, sebab secara metodologis kesimpulan tersebut ditarik berdasarkan survei *cross-sectional* tanpa kontrol.

Di bagian Afrika lainnya, Mills *et al.* sebagaimana dikutip Waters *et al.*⁶ membandingkan biaya dan kualitas di dua rumah sakit pemerintah dan dua rumah sakit misi di pedalaman yang menerima hibah jumlah besar dari pemerintah. Eksperimen terkontrol menunjukkan, kedua rumah sakit misi memberikan pelayanan dengan kualitas serupa dengan rumah sakit pemerintah, tetapi dengan *unit cost* yang jauh lebih rendah. Artinya, rumah sakit misi yang dikontrak pemerintah bekerja dengan lebih efisien.

Di Asia Tenggara, pada tahun 1999 Departemen Kesehatan di Kamboja melakukan *contracting out* dan *contracting in* dengan NGO dan perusahaan swasta nirlaba untuk memberikan paket pelayanan kesehatan esensial di 12 rumah sakit distrik, menggunakan desain eksperimen *random*.^{1,5,6} Pemberi pelayanan swasta dipilih melalui *bidding* kompetitif berdasarkan proposal teknis dan proposal keuangan, dan dibayar per kapita yang diliput sesuai harga *bidding*. Bukti awal menunjukkan, pelayanan yang dikontrakkan menghasilkan cakupan antenatal, cakupan imunisasi, penggunaan pelayanan kesehatan, dan kualitas pelayanan, yang lebih tinggi, serta biaya *out-of-pocket* yang lebih rendah daripada pelayanan pemerintah.

Di Amerika Tengah, pemerintah El Salvador dan Guatemala melakukan eksperimen, menandatangani kontrak dengan NGO dan organisasi swasta sukarela (*Private Voluntary Organization*, PVO) untuk penyediaan pelayanan kesehatan primer di daerah dengan cakupan pelayanan kesehatan formal rendah.⁶ Di El Salva-

dor, *Project Management Unit* (PMU) membuat kontrak atas nama pemerintah dan Bank Pembangunan dengan NGO untuk penyediaan pelayanan kesehatan primer. Sebuah lembaga riset independen, PHRplus, melakukan evaluasi apakah *contracting out* memberikan pelayanan lebih banyak dan berkualitas untuk dana yang dikeluarkan.¹⁷ Temuan evaluasi menunjukkan, NGO memberikan pelayanan lebih banyak, tetapi dengan biaya lebih banyak pula. Selain itu ditemukan kelemahan M&E "internal" oleh kontraktor dan keengganan pemerintah untuk mempertahankan model. *Project Management Unit* (PMU) tidak menganalisis data yang diperoleh dari NGO, dan pembayaran dilakukan otomatis tanpa mengaitkan dengan kinerja. Kesimpulannya, M&E perlu diperbaiki jika model *contracting out* akan diteruskan.

Dana Asuransi Sosial Costa Rica (CCSS) membeli pelayanan kesehatan primer dari Koperasi Costa Rica, disebut COOPESALUD.²⁶ Abramson²⁶ menganalisis M&E yang dilakukan CCSS. Temuan-temuan Abramson menunjukkan, data M&E yang dikumpulkan CCSS tidak mampu memberikan kepada pembeli pelayanan informasi yang langsung berkaitan dengan tujuan kontrak maupun kinerja kontraktor. Indikator dalam kontrak tidak mengukur hasil secara kuantitatif. Abramson²⁶ menyimpulkan, M&E yang dilakukan CCSS superfisial, didasarkan pada cakupan populasi, bukan pada efektivitas dan kualitas perlakuan, maupun efisiensi penggunaan sumber daya.

Di Republik Dominika, tahun 1999 tiga buah direktorat kesehatan provinsi mengontrak NGO untuk mendistribusikan alat kontrasepsi, melakukan program kampanye pendidikan keluarga berencana, dan melatih petugas kesehatan dalam kesehatan reproduksi. Mengontrakkan fungsi pelatihan petugas kesehatan kepada NGO terbukti efektif. Sebuah perusahaan swasta yang didanai oleh USAID melakukan supervisi terhadap kontrak, atas nama pemerintah.¹

BEBERAPA ISU DALAM CONTRACTING

Pengalaman penerapan *contracting out* di negara-negara berkembang beragam. Para kritikus mencatat beberapa masalah berkaitan dengan *contracting out*.^{6,10,14,27}: (1) biaya transaksi; (2) kapasitas pemerintah; (3) kapasitas pemberi pelayanan; (4) kompleksitas penentuan harga; (5) *monitoring* dan evaluasi (M&E). Pertama, menurut teori, dengan adanya kompetisi, penyedia

pelayanan akan berusaha meminimalkan biaya produksi, sehingga mendorong terjadinya efisiensi teknis. Tetapi jika terjadi biaya transaksi yang tinggi, berkaitan dengan desain, penulisan, negosiasi, implementasi, M&E kontrak, ataupun penyelesaian masalah perselisihan, maka pemerintah tidak dapat memperoleh efisiensi yang diharapkan dari *contracting*.

Kedua, M&E merupakan instrumen vital dalam *contracting*. Jika pemerintah tidak mengalokasikan sumber daya yang cukup untuk M&E terhadap kinerja kontraktor, pemerintah tidak akan dapat menegakkan kontrak dengan efektif, dan tidak memperoleh hasil strategis yang diharapkan. Sebagai contoh, pelaksanaan *contracting out* pelayanan preventif di Senegal dan Madagaskar, menganggarkan 13%-17% dari anggaran total proyek untuk membiayai *monitoring* dan evaluasi.²⁵

Ketiga, jika jumlah penyedia pelayanan sedikit, maka sifat kompetisi terbatas. Keterbatasan kompetisi bisa terjadi karena faktor politis, ekonomi, dan manajerial. Sebagai contoh, biaya modal (*start-up cost*) yang besar untuk memenuhi kebutuhan pelayanan sesuai perjanjian kontrak, kualifikasi pendidikan tinggi yang dibutuhkan dari petugas kesehatan profesional, dan lisensi regulasi, merupakan barier pendatang baru untuk memasuki maupun keluar dari pasar kompetitif. Implikasi dari rendahnya kompetisi, kontrak akan diberikan kepada penyedia pelayanan yang suboptimal, dan penyedia pelayanan menggunakan kekuatan monopolinya untuk mendapatkan harga yang lebih tinggi daripada jika terdapat sejumlah kompetitor.

Keempat, hubungan kontraktual biasanya bersifat jangka panjang agar biaya transaksi dapat ditekan rendah. Akibat yang tidak diharapkan, pemberi pelayanan dapat menunjukkan perilaku oportunistik ("*aji mumpung*"), misalnya, pilih-pilih pasien (disebut *adverse selection*), atau mengendorkan semangat untuk berkinerja efisien. Kontrak jangka panjang juga berarti mengunci dana-dana publik hanya untuk suatu penggunaan tertentu, dan membatasi fleksibilitas realokasi untuk keperluan lain pada keadaan tidak terduga (misalnya, terjadinya epidemi, bencana alam), sehingga mempengaruhi efisiensi dan keadilan alokasi sumber daya.

Kelima, di banyak negara berkembang, pemberi kontrak tidak memiliki informasi yang cukup tentang *unit cost*, volume kerja, dan biaya total pelayanan yang akan dikontrakkan.¹⁴ Jika pemerintah menaksir terlalu tinggi kebutuhan sumber daya yang

diperlukan untuk menyediakan suatu pelayanan, maka pemerintah akan terlalu tinggi membayar kontraktor, dengan demikian membuang-buang sumber daya. Jadi diperlukan studi biaya sebelum perjanjian kontrak pelayanan.

Keenam, dalam *contracting* pelayanan bukan tidak mungkin terjadi hubungan yang tidak diinginkan atau "kolusi" antara pembeli dan penyedia pelayanan, tipikal di negara-negara berkembang dengan tingkat korupsi tinggi.³

KESIMPULAN

Contracting out merupakan praktik yang dilakukan pemerintah atau perusahaan swasta untuk mempekerjakan dan membiayai agen dari luar untuk menyediakan pelayanan tertentu daripada mengelolanya sendiri. Dengan menggunakan paradigma pasar terkelola (*managed market*), secara teoretis mengontrakkan pelayanan publik kepada penyedia swasta membawa kepada efisiensi yang lebih baik daripada dilakukan sendiri oleh pemerintah. Sebab *contracting* memisahkan dengan jelas peran sebagai pembayar/ pembeli dan peran sebagai penyedia pelayanan, serta mengaitkan pembayaran dengan kinerja penyedia pelayanan. Penawaran kompetitif akan memaksa pemberi pelayanan untuk meminimalkan biaya dalam memproduksi pelayanan dengan kualitas yang sudah ditetapkan. Pemerintah dapat memanfaatkan model *contracting out* untuk penyediaan pelayanan kesehatan populasi rawan, khususnya yang bertempat tinggal di daerah terpencil, dengan demikian memperbaiki keadilan akses pelayanan. Sebagaimana model penyediaan pelayanan kesehatan apapun, pendekatan kontrak memang bukan merupakan *panacea* (=obat mujarab bagi segala penyakit) untuk semua masalah kesehatan. Tetapi fakta keterbatasan kapasitas absorpsi pemerintah di banyak negara berkembang dan tersedianya teori yang kuat, merupakan alasan yang rasional untuk mempertimbangkan pendekatan tersebut sebagai sebuah model alternatif untuk meningkatkan cakupan dan kualitas pelayanan. Mengontrakkan penyediaan jenis pelayanan tertentu, misalnya pelayanan nonklinis atau pelayanan klinis yang tunggal dan sederhana, merupakan opsi yang *feasible* untuk penerapan tahap awal *contracting out*. Monitoring dan evaluasi merupakan instrumen penting untuk menunjukkan keunggulan relatif *contracting out*.

KEPUSTAKAAN

1. Marek, T., Yamamoto, C., Ruster J. Private health: Policy and regulatory options for private participation. The World Bank Group – Private Sector and Infrastructure Network. 2003.
2. Mills, A. To contract or not to contract? Issues for low and middle income countries. *Health Policy and Planning*, 1998; 13(1): 32-40.
3. Liu, X., Hotchkiss, D., Bose, S., Bitran, R. Contracting out for primary health services: evidence of its effects and a framework for evaluation. PHRPlus Project unded by USAID. <http://www.phrplus.org>. 2004.
4. Loevinsohn, B. Contracting for the delivery of primary health care in Cambodia: Design and initial experience of a large pilot-test. Washington, DC: The World Bank. 2006.
5. Soeters, R., Griffiths, F. Improving government health services through contract management: a case from Cambodia. *Health Policy and Planning*, 2003; 18(1): 74-83.
6. Waters, H., Hatt, L., Peters, D. Working with the private sector for child health. *Health Policy and Planning*, 2003; 18(2): 127-37.
7. Mc. Pake, B., Banda, N.E. Contracting Out of Health Services in Developing Countries. *Health Policy and Planning*. 1994;9(1):25-30.
8. Harding, A., Preker, A., Private Participation in Health Services. Washington DC. 2003.
9. Ruster, J., Yamamoto, C., Rogo, K. Franchising in health: Emerging models, experiences, and challenges in primary care. The World Bank Group – Private Sector and Infrastructure Network. 2003.
10. Pavignani, E., Colombo, A. Contracting for Health Services. 2006. www.who.org. Diakses April 2006.
11. Gauri, V., Cercone, J., Briceno, R. Separating financing from provision: evidence from 10 years of partnership with health cooperatives in Costa Rica. *Health Policy and Planning*, 2004; 19(5): 292-301.
12. Folland, S., Goodman, A.C., Stano, S. The economics of health and health care. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, Inc. 1993.
13. Preker, A.S., Harding, A., Travis, P. "Make or buy" decisions in the production of health care goods and services: new insights from institutional economics and organizational theory. *Bulletin of World Health Organization*, 2000; 78(6): 779-790.
14. Waters, H.R., Hussey, P. Pricing health services for purchasers- a review of methods and experiences. *Health Policy*, 2004; 70: 175-84.
15. Clewer, A., Perkins, D. Economics of health care management. London: Prentice Hall. 1998.
16. Bitran, R. Contracting-out of primary health care: Rationale and evidence from of El Salvador. PHRplus Project (USAID funded). 2006.
17. Folland, S., Goodman, A.C., Stano, S. The economics of health and health care. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, Inc. 2001.
18. Hanson, K., Ranson, M.K., Oliviera-Cruz, V., Mills, A. Expanding access to priority health interventions: A framework for understanding the constraints to scaling up. *International Journal of Development*, 2003; 15: 1- 14.
19. Victora, C.G., Hanson, K., Bryce, J., Vaughn, J.P. Achieving universal coverage with health interventions. *Lancet*, 2004; 364: 1563-48.
20. De Renzio, P. Scaling up versus absorptive capacity: Challenges and opportunities for reaching the MDGs in Africa. Briefing Paper. Overseas Development Institute. www.odi.org.uk. Diakses Oktober 2005. 2005.
21. Burnside, C., Dollar, D. Aids, policies, and growth: Revising the evidence. Policy Research Working Paper 3251. Washington, DC: World Bank. 2004
22. Oliviera-Cruz, V., Kurowski, C., Mills, A. Delivery of priority health services: searching for synergies within the vertical versus horizontal debate. *Journal of International Development*, 2003; 15: 67-86.
23. Vandermoortele, J., Roy, R. Making sense of MDG costing. New York: Bureau for Development Policy. 2004.
24. Sheaff, R., Lloyd, A. From competition to cooperation: service agreements in primary care. Manchester, UK: The University of Manchester. 1999.
25. Marek, T., Diallo, I., Ndiaye, B., Rakotosalama, J. Successful contracting of prevention services: fighting malnutrition in Senegal and Madagascar. *Health Policy and Planning*, 1999; 14(4): 382-9.
26. Abramson, W.B. Monitoring and evaluation of contracts for health service delivery in Costa Rica. *Health Policy and Planning*, 2001; 18(4): 404-11.
27. World Bank. Contracting. The World Bank Group. 2006.